DE

N° 23.

L'HYDROTHORAX.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 26 MARS 1850;

PAR

HESTAUST (Michel),

de Thionville (MOSELLE);

CHIRURGIEN AIDE-MAJOR AU 10me CUIRASSIERS.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE RICARD FRÈRES, PLAN D'ENCIVADE, 3.

1850.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Piété filiale.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE,

Ancien Chirurgien-Major au 10me Cuirassiers.

Regrets éternels !

A M. MARBOTIN,

MON CHIRURGIEN-MAJOR.

Faible témoignage de reconnaissance.

M. HESTAUST.

DE

L'HYDROTHORAX.

Les épanchements de poitrine occupent une place importante dans les ouvrages de pathologie médicale. Ils sont, en effet, très-souvent le sujet de l'observation clinique, et l'objet de recherches sérieuses au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique. Ceci n'a pas lieu d'étonner, si l'on veut se rappeler que leur siége est variable, leurs causes diverses et nombreuses.

C'est ainsi que nous les retrouvons, soit dans la séreuse qui enveloppe le cœur, soit dans celle qui appartient au poumon. L'épanchement se fait parfois dans le médiastin antérieur. Il n'est pas jusqu'au tissu cellulaire inter-lobulaire des poumons qui ne puisse devenir le siége d'une infiltration de sérosité.

Les conditions étiologiques qui en préparent ou provoquent le développement, bien étudiées, nous démontrent que ces actes morbides n'occupent pas toujours le même rang dans un cadre nosologique; qu'ils sont tantôt primitifs, idiopathiques, tantôt consécutifs, symptomatiques; que, par suite, les agents thérapeutiques qui leur conviennent sont loin d'être toujours les mêmes.

Ces quelques mots suffisent pour démontrer combien serait vaste et utile à la fois le travail scientifique qui en présenterait une étude complète et parfaitement raisonnée. Nous n'avons ni le temps ni les forces de parcourir une pareille voie ; nous allons seulement nous occuper de l'hydrothorax, en présenter l'histoire pathologique et en même temps le diagnostic différentiel.

On donne le nom d'hydrothorax (υδωρ, θοραξ) à une collection de sérosité formée dans la cavité des plèvres, soit que l'épanchement n'occupe que l'un des deux côtés de la poitrine, soit qu'il les occupe tous les deux à la fois. Lorsque le liquide séreux se ramasse dans le tissu cellulaire du médiastin, on dit qu'il y a hydropisie du médiastin, hydro-médiastin; tandis que l'accumulation séreuse dans la cavité du péricarde porte le nom d'hydropéricarde.

Je vais m'occuper successivement des causes, des symptômes, de la marche, des terminaisons, des altérations anatomiques de l'hydrothorax : ce sont là tout autant d'éléments de diagnostic que nous étudierons ensuite, ce qui nous conduira à l'examen des agents thérapeutiques les plus convenables.

CONDITIONS ÉTIOLOGIQUES.

L'hydrothorax peut se manifester, chez les enfants, dans les premiers jours de leur existence, chez les adultes et chez les vieillards. Il est même assez fréquent, à cette dernière époque de la vie, à cause de l'affaiblissement général et de la dégradation successive de tous les systèmes d'organes.

Parmi les divers tempéraments, le lymphatique, pituiteux des anciens, paraît le plus exposé à l'hydropisie ; la contexture lâche des fibres, l'embonpoint général tendant à la bouffisure, en sont des indices assez probants. En outre, il est bon d'observer que les mêmes agents modificateurs qui, chez d'autres sujets dont la prédominance sanguine, par exemple, fait concevoir l'existence d'une véritable disposition aux maladies inflammatoires, pourraient provoquer une phlegmasie, ne détermineront, chez ces individus à fibres molles, lâches,

à réaction peu énergique, qu'une fluxion séreuse, et par suite un flux de même nature.

Voilà pourquoi les femmes, qui présentent surtout ces dernières conditions, y sont nécessairement plus exposées que les hommes.

Cependant il est bon de faire la part de toutes les circonstances ; car l'hydropisie de poitrine peut être sthénique, et se déclarer, surtout alors, au milieu de causes opposées, telles que le tempérament sanguin, la force de la jeunesse, etc.

Il est certaines professions qui disposent plus ou moins à la formation de cette maladie. Ainsi les individus qui, par état, sont obligés d'être souvent dans l'eau, tels que les pêcheurs, les baigneurs; ceux qui exécutent des mouvements violents dont les effets se répètent principalement sur la poitrine ; ceux enfin qui gardent une attitude telle que le tronc, courbé en avant, reste plus ou moins dans l'inaction, peuvent en être plus facilement atteints.

Cet épanchement de poitrine sera plus aisé à s'opérer dans la convalescence de quelques maladies, et principalement des affections éruptives aiguës. La desquamation qui s'opère à la suite de la rougeole, de la scarlatine, le travail morbide dont ce système tégumentaire a été le siége, durant leur cours, rendent cette partie plus impressionnable en même temps que plus faible ; nous comprenons donc qu'un trouble fonctionnel de la peau puisse, dans ce moment, retentir d'une manière fâcheuse sur toute l'économie, et devenir cause d'accidents graves.

Du reste, comme nous l'avons déjà fait pressentir, ici, comme dans l'hydropisie en général, se présentent deux ordres de causes prédisposantes : d'un côté, nous devons signaler le tempérament sanguin, la jeunesse, la prédominance des organes thoraciques, l'excitation continuelle de l'appareil respiratoire, entretenue, chez nos officiers instructeurs, par exemple, par la nécessité de parler long-temps, une vie trop active, des travaux rudes, surtout lorsque nous sommes en campagne, etc.

D'un autre côté, il nous faut mentionner tout ce qui est susceptible de déterminer, dans tout le systeme, une débilité profonde,

une tendance aux flux séreux : c'est ainsi que peuvent agir l'habitation dans des endroits froids et humides, sur le bord des rivières, les pays marécageux, une saison pluvieuse, des orages continuels, les aliments de mauvaise qualité et surtout féculents, l'usage immodéré de l'eau.

La plupart de ces causes prédisposantes peuvent, suivant les cas, jouer le rôle de causes occasionnelles : ce n'est, du reste, que d'après leur mode d'agir que les mêmes modificateurs sont tour à tour classés dans le premier ou le second ordre de causes.

Nous plaçons en tête de ces dernières les variations brusques de température, toutes les intempéries atmosphériques : c'est ainsi que le passage subit du chaud au froid, l'ingestion d'eau froide lorsque le corps est couvert de sueur, le refroidissement des pieds, un courant d'air auquel on reste exposé, provoquent parfois l'explosion brusque d'une hydropisie de poitrine. Nous avons vu un jeune militaire qui, tout couvert de sueur, s'était brusquement jeté à l'eau pour sauver un de ses camarades, être pris tout à coup d'une forte dyspnée avec tous les caractères d'un véritable hydrothorax.

Le froid humide est encore susceptible de déterminer ce même accident pathologique : voilà comment nos militaires peuvent tomber malades, en couchant, en campagne, sur un sol humide et sans abri contre la fraîcheur des nuits.

Tous les auteurs admettent que la suppression intempestive d'une hémorrhagie naturelle ou accidentelle est parfois suivie d'un épanchement de poitrine. D'autres fois il faut accuser la répercussion des dartres, d'un exanthème, et surtout de la rougeole, de la scarlatine, celle du rhumatisme articulaire, de la goutte, etc.

Dans d'autres circonstances, la maladie a pu se déclarer à la suite d'excès de tout genre, de veilles prolongées, d'évacuations immodérées, telles que la diarrhée, la dysenterie, des sueurs excessives, des hémorrhagies longues et affaiblissantes.

On a vu encore de véritables métastases de flux séreux s'opérer : c'est ainsi qu'à une hydrocèle de la tunique vaginale a pu succéder une accumulation de sérosité dans la cavité des plèvres. D'un autre

côté, pour qui connaît les relations intimes que les séreuses conservent avec les diverses parties de notre système vivant, et surtout avec les organes sécréteurs, s'explique la facilité avec laquelle se développe l'hydropisie après la suspension des fonctions exhalantes de la peau, de la sécrétion urinaire, d'une sécrétion quelconque enfin.

Nous comprenons enfin que, durant le cours de maladies qui s'accompagnent d'une altération spéciale du sang : chlorose, scorbut; qu'à la suite de quelques autres qui laissent le malade dans l'anémie, telles que les fièvres intermittentes prolongées et rebelles, l'hydrothorax, comme toute autre hydropisie, se déclare par le fait même de cette dépravation ou de cet appauvrissement du liquide nutritif.

Mais, d'un autre côté, l'hydrothorax se rattache trop souvent à une lésion organique : nous trouvons, dans l'ouvrage de Laënnec, deux exemples d'épanchement avec hypertrophie et dilatation du cœur. Dans le premier cas, l'accumulation séreuse existait des deux côtés de la poitrine; la plèvre droite était seule le siége du mal, dans le second (1).

Du reste, il n'est personne qui ne doute qu'un trouble permanent dans la circulation, résultat d'une altération du cœur ou des gros vaisseaux, ne finisse par amener un dérangement dans les fonctions d'exhalation et d'absorption.

C'est parfois à la suite d'une lésion matérielle des poumons que l'épanchement se manifeste. Des tubercules disséminés dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire, et surtout près de la superficie, des hydatides occupant le même siége, etc., provoquent, entretiennent dans la séreuse qui recouvre l'organe malade, un état d'irritation qui peut être cause d'une exhalation exagérée, comme aussi, d'autres fois, d'une véritable inflammation. Il se passe là le même phénomène que du côté des bourses, à la suite des engorgements testiculaires.

Enfin, l'altération organique peut siéger dans le tissu cellulaire sous-pleural, et occasionner la formation de l'épanchement, en entretenant dans la partie une irritation continuelle. A ce sujet, se présente ici

---

(1) Traité de l'auscult., t. II, p. 537 et 538.

la question de savoir si l'hydrothorax peut être la suite d'une pleurésie. Celle-ci constitue une maladie dans laquelle l'inflammation joue le premier rôle : or, personne n'ignore que toute phlegmasie entraîne nécessairement à sa suite l'idée de productions plastiques, et celle des plèvres ne fait pas exception à cette règle. Voilà pourquoi, dans les cas de pleurésie, se forment de fausses membranes, des adhérences, des épanchements séro-purulents, et non une pure collection séreuse.

Cet aperçu rapide des diverses conditions étiologiques de l'hydrothorax, nous démontre que celui-ci doit être divisé en primitif ou idiopathique, et en consécutif ou symptomatique ; et, d'un autre côté, en actif et passif. Cette dernière division répond à celle faite par les anciens, en hydropisie chaude et hydropisie froide.

Cette dernière division, enfin, nous rappelle que, dans un cas, il y a, du côté de la plèvre, qui devient le siége du mal, irritation et fluxion, tandis que, dans l'autre, il y a atonie, appauvrissement du sang et fonte séreuse. La collection séreuse qui succède aux lésions organiques ne saurait être comparée aux hydropisies primitives, soit actives, soit passives ; elle ne constitue pas la maladie, elle n'en est qu'un phénomène secondaire.

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC.

Dans le début, les malades éprouvent un sentiment d'anxiété, de pesanteur à l'épigastre, une gêne plus ou moins notable dans la respiration, surtout lorsqu'ils se meuvent ou montent sur des plans inclinés : ils sont fatigués par une toux sèche ou accompagnée de crachats muqueux ; les urines sont le plus ordinairement rares ; le visage est œdématié, la paupière inférieure surtout; cet œdème est parfois plus prononcé du côté frappé que de l'autre.

Bientôt le sujet est obligé de rester assis dans son lit, ou même incliné en avant; que, s'il se couche, c'est presque toujours sur le côté où se trouve l'épanchement, si l'hydropisie n'affecte qu'une seule cavité : veut-il se livrer au sommeil, il est aussitôt réveillé en sursaut avec anxiété et suffocation. L'œdème de la face gagne de plus en plus les

parties voisines, et surtout le membre supérieur et les parois thoraciques correspondantes. La dyspnée, qui est toujours assez forte, devient par moment des plus intenses, au point de faire craindre au malade de mourir suffoqué.

Du reste, à mesure que l'épanchement devient plus abondant, on remarque une oppression de poitrine extrême : c'est qu'alors le liquide accumulé dans la cavité de la plèvre, comprime et refoule le poumon, distend et tient immobiles les parois thoraciques, agit enfin de la même manière sur le diaphragme. Les espaces intercostaux semblent s'agrandir par l'écartement des côtes ; le malade ne peut trouver un moment de repos que lorsqu'il ramène les genoux vers le ventre et la tête vers les genoux. Une couleur rouge sur les joues œdématiées, le hoquet, l'aphonie, l'engorgement des mains, annoncent une faiblesse extrême. La respiration devient petite, lente et difficile; les aliments les plus légers ne peuvent plus être digérés; les idées s'égarent, les sueurs l'affaiblissent, et il succombe, enfin, au milieu des angoisses les plus cruelles.

Ces symptômes équivoques, puisque la plupart peuvent se retrouver dans d'autres maladies, pris isolément, ne nous conduiraient certes pas à la détermination du mal; mais si l'on peut en réunir un certain nombre, on possède déjà de grandes probabilités. Ainsi une toux sèche avec soif, difficulté de respirer, réveil en sursaut avec crainte d'être suffoqué, tumeur au côté avec œdème, décubitus difficile sur le côté non affecté, rareté des urines et constipation : voilà autant de caractères propres à faire conclure à l'existence d'un épanchement de poitrine.

Cependant, pour arriver à une véritable certitude, il est bon d'utiliser tous les moyens de diagnostic indiqués depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

1° La succussion, conseillée par le Père de la médecine, est à peu près tombée en désuétude, et ne peut guère convenir que lorsqu'il n'y a, dans le thorax, qu'une petite quantité de liquide. Dans le cas où on voudrait y avoir recours, il faudrait placer le malade sur son séant, le saisir par les épaules, et imprimer une secousse au tronc, pour écouter ensuite si l'on entend la fluctuation d'un liquide.

2° La mensuration de la poitrine peut fournir quelques résultats utiles; elle consiste dans l'appréciation exacte et mesurée des diverses dimensions du thorax. Elle peut être pratiquée dans le sens horizontal, et, d'après le professeur Piorry, dans le sens vertical (1).

Dans le premier cas, le professeur Chomel propose de se servir d'un lien gradué en pouces d'un côté, et en centimètres de l'autre, lien qui n'a d'autre inconvénient que de ne pas se trouver toujours sous la main : il suffit d'un lien ordinaire pour mesurer les dimensions du thorax, et le rapport du côté droit avec le gauche.

Pour la mensuration verticale, elle se fait à l'aide d'un lien dont une extrémité est fixée, par un aide, au niveau de la clavicule d'un côté et près de l'épaule, tandis que l'autre va correspondre au bord saillant de la dernière côte sternale et près de sa pointe.

Ce moyen d'exploration n'est pas aussi positif que ce qu'il le paraît tout d'abord, parce qu'avant d'agir sur les parois thoraciques, l'épanchement refoule les poumons qui sont beaucoup plus compressibles, ainsi que le cœur, le diaphragme, et par suite le foie avec les autres viscères abdominaux.

3° L'application de la main sur les parois du thorax fait quelquefois sentir, dans l'état normal, le frémissement de la voix. Celui-ci manque lorsqu'il existe un épanchement un peu considérable; mais le même phénomène se retrouve dans beaucoup de cas de simple induration du poumon. D'un autre côté, le frémissement vocal manque sur les hommes à voix faible, et on ne le saisit bien mieux d'ordinaire qu'au voisinage des grosses bronches.

4° On peut encore, à l'exemple du docteur Terral, lorsque surtout les parois thoraciques sont maigres et l'épanchement très-considérable, chercher à reconnaître le flot du liquide en employant la fluctuation dite périphérique. Voici comment on procède :

Le malade est couché sur le côté affecté; un doigt déprime profondément un espace intercostal en rapport avec l'épanchement; un autre

---

(1) Traité de diagn. et de séméiol., t. I, p. 569.

doigt donne dans le même espace intercostal, et à quelques pouces de distance du premier, un petit coup sec qui produit dans l'autre doigt une sensation de flot. « Cette méthode, applicable en quelques cas, dit M. Piorry, sans avantages dans d'autres, est un moyen qu'on peut utiliser, mais qui n'est que très-inférieur aux résultats positifs de la percussion et de l'auscultation. »

5° La percussion constitue un moyen puissant de diagnostic qu'il ne faut pas négliger : elle peut être immédiate ou médiate.

Aucun médecin n'ignore toute l'extension que le professeur Piorry a donnée à la plessimétrie. M. Poirson, interne de la Salpêtrière, a communiqué à l'Académie des sciences, dans sa séance du 10 Décembre 1849, un nouveau mode de percussion qui consiste à percuter à la manière ordinaire, sans plessimètre, et avec le doigt index ou médius armé d'un dé à coudre, poli et ajusté de manière à emprisonner une certaine quantité d'air entre la culasse et l'extrémité du doigt. Cet instrument, sans altérer aucunement la qualité des sons, leur communique, suivant l'auteur, une netteté et une intensité remarquables qui permettent au médecin de ménager la percussion, et d'épargner presque complètement au malade la douleur d'un choc fort pénible. Nous ne pouvons nous prononcer sur la valeur de cette modification, parce que nous ne l'avons pas essayée; mais nous pensons que le médecin peut fort bien se passer du plessimètre et du dé à coudre, et qu'il suffit d'appliquer exactement les doigts d'une main sur le point qu'on veut examiner, et de percuter sur un de ces doigts avec le médius et l'index de l'autre main.

Quoi qu'il en soit du mode de percussion, il est certain que tout épanchement de liquide existant dans la plèvre donne lieu à une matité peu marquée s'il est peu abondant, mais qui devient considérable dans le cas contraire.

Si l'épanchement est extrêmement peu considérable, il occupe ordinairement l'espace compris entre la base du poumon et le diaphragme, et alors il arrive le plus souvent qu'aucun signe local n'indique son existence.

« Dans le cas d'épanchement étendu en nappe, dit le docteur Fournet,

mais peu considérable, la diminution plus ou moins marquée du chiffre de l'expiration et de l'inspiration surtout, l'obscurité plus ou moins grande du son, un peu de diminution dans la vibration thoracique vocale, un changement presque inappréciable et sans caractère bien déterminé dans le retentissement de la voix, peuvent être et sont ordinairement les seuls signes observés (1). »

Toutes les fois que la plèvre, libre d'adhérences, contient des liquides, que d'ailleurs le poumon n'est pas hépatisé, et que la sérosité n'est pas en trop grande quantité, la matité occupe la partie déclive de la cavité thoracique correspondante, et se fait alors reconnaître vers l'espace situé entre le diaphragme, les côtes et la colonne vertébrale en arrière. On retrouve encore au-dessus la sonoréité du poumon. Mais si la cavité séreuse vient à se remplir complètement, et que le poumon soit tout-à-fait effacé par la compression produite par l'épanchement, on obtient le son mat dans toute l'étendue du côté malade du thorax; cependant la matité est toujours moins marquée au sommet du poumon.

Il ne faut pas oublier qu'une grande quantité de liquide accumulé dans une plèvre repousse le cœur à droite si l'épanchement est à gauche, et à gauche si l'hydrothorax siége à droite; par suite, la percussion ferait percevoir de la matité dans le point où le centre circulatoire se trouverait déplacé.

Enfin, la réapparition successive de la sonoréité, en même temps que l'abaissement dans la hauteur du niveau de l'épanchement, et le retour gradué des viscères refoulés à leur place accoutumée, indiquent que l'épanchement diminue et tend à disparaître.

Ce moyen de diagnostic est d'une utilité bien reconnue ; il peut se faire pourtant qu'elle soit insuffisante chez les personnes qui ont beaucoup d'embonpoint, et surtout chez les femmes qui ont le sein proéminent.

D'un autre côté, il en est de même si l'épanchement est fort peu considérable, et qu'il n'occupe que la partie postérieure et inférieure

---

(1) Rech, clin. sur l'auscult., etc., 1re partie, p. 319.

du thorax : en outre, à droite, le foie, en remontant plus ou moins haut, donne lieu à une matité assez étendue qui pourrait induire en erreur le médecin qui n'examinerait pas d'assez près. N'oublions pas enfin que, dans le cas de péripneumonie chronique, la sonoréité disparaît aussi. Cependant il est permis le plus souvent, dans ce dernier cas, de distinguer la cause de la matité : en effet, à moins que la cavité de la plèvre soit complètement remplie de liquide, ou que des adhérences antérieures aient circonscrit l'épanchement, il est certain que la sérosité se déplace en suivant les mouvements imprimés au tronc ; par suite, la matité tendra aussi à se déplacer avec le liquide, tandis qu'elle existera toujours dans le même point lorsqu'il y aura pneumonie.

6° Nous avons enfin, comme moyen de diagnostic, l'auscultation médiate ou immédiate. Dans le cas d'épanchement pleurétique peu considérable, le murmure respiratoire diminue d'intensité, et semble, en quelque sorte, s'éloigner. Si la quantité du liquide accumulé est très-grande, il disparaît complètement.

Il est essentiel, dans ce moment, de faire varier la position du malade. En effet, lorsque, dans une position du corps, on trouve que le murmure respiratoire manque à la partie déclive du thorax, et qu'on le retrouve quelques moments après en plaçant le malade dans une position telle que les parties du thorax qui étaient les plus déclives sont maintenant plus élevées, il y a tout lieu de penser que le liquide est accumulé dans la plèvre, et qu'il y est libre.

Laënnec a pu constater, dans plusieurs cas d'hydrothorax, l'existence de l'égophonie. Ce phénomène, considéré, par ce célèbre médecin et beaucoup d'autres, comme le signe le plus positif des épanchements pleurétiques, est loin d'avoir la même valeur aux yeux d'autres observateurs. Le professeur Piorry écrit que : « La présence de l'égophonie dans une foule de circonstances où il n'existe pas d'épanchement pleurétique, l'existence de ce phénomène dans l'état normal, ne permettent pas de regarder l'égophonie, considérée isolément, autrement que comme un signe probable de la collection de liquides dans les plèvres. »

Le docteur Fournet, qui s'est livré à des études spéciales sur l'auscultation, nous dit aussi que l'égophonie est beaucoup moins fréquente, moins distincte de la bronchophonie, moins caractéristique d'un épanchement pleurétique que ne l'avait cru Laënnec. C'est ainsi que l'égophonie est parfaitement simulée par le retentissement normal de la voix de certains individus; mais alors, écoutée à distance, leur voix est comme chevrotante : c'est ce qu'on observe fréquemment chez les vieillards, surtout les vieilles femmes. En outre, on trouve quelquefois un caractère égophonique ou retentissement vocal chez des malades qui n'offrent, à l'autopsie, qu'une hépatisation du poumon sans épanchement; enfin, dit cet observateur, l'égophonie manque dans un grand nombre de cas d'épanchements pleurétiques, qui cependant se trouvent dans les conditions que Laënnec avait assignées à sa production.

De ce qui précède, il ne faut pas conclure que le caractère égophonique soit de nulle valeur : on serait en désaccord avec l'observation de tous les jours, avec celle de la plupart des praticiens; mais nous dirons, avec le docteur Fournet, que l'égophonie ne peut donner au diagnostic un caractère de certitude qu'autant qu'elle est bornée à l'un des côtés de la poitrine; qu'elle se fait entendre en arrière; qu'elle est bien nettement caractérisée; qu'elle ne coïncide point avec le caractère chevrotant de la voix auscultée à distance; qu'elle n'est point sujette, dans son existence ou dans ses degrés, aux mêmes variations que le malade peut imprimer à sa voix; qu'elle suit les déplacements que le liquide peut éprouver dans les changements de position auxquels on soumet le malade.

N'oublions pas enfin que l'égophonie n'apparaît que lorsque la couche de liquide est modérément épaisse; qu'elle disparaît quand la masse de liquide augmente beaucoup, pour reparaître encore quand l'épanchement vient à diminuer.

Dans quelques cas, assez rares fort heureusement, il y a hydrothorax double. On devine facilement les modifications qui surviennent alors dans les signes que nous venons d'étudier. Les divers procédés indiqués fourniront des caractères en rapport avec l'abondance de

l'épanchement double. En outre, la dyspnée sera extrême par suite d'un si grand obstacle apporté aux fonctions respiratoires. Les malades sont obligés de rester assis et dans le décubitus dorsal, afin de diminuer cette gêne si grande de la respiration. Cependant on cite des cas où le décubitus est facile des deux côtés. Morgagni parle d'un sujet qui couchait indifféremment sur l'un ou l'autre côtés, et chez lequel on trouva néanmoins, après la mort, les deux cavités de la poitrine pleines de liquide.

Du reste, quelle que soit la valeur respective de ces divers moyens de diagnostic, le médecin ne devra pas moins réunir autant de signes que possible, afin de pouvoir prononcer affirmativement. D'un autre côté, ces procédés assez nombreux que nous venons de passer en revue pourront nous indiquer l'existence d'un épanchement pleurétique, mais ne nous en feront pas connaître la nature.

C'est ainsi que la connaissance des causes, rapprochée du mode de développement de la maladie, de sa marche, nous est indispensable pour savoir si l'hydrothorax est idiopathique ou symptomatique. Dans le premier cas, le mal éclate brusquement à la suite de la suppression subite de la sueur, par exemple, de l'impression du froid, etc.; parfois quelques heures ont suffi pour la formation d'un épanchement considérable avec gêne très-grande de la respiration; en même temps se manifeste une réaction fébrile plus ou moins intense, en rapport avec la violence, l'acuité du mal, les conditions du sujet.

Il est à remarquer, au contraire, que l'épanchement se développe d'autres fois lentement, lorsqu'il survient à la suite de causes débilitantes; qu'en outre, il n'y a pas de mouvement fébrile, ou du moins que celui-ci ne se développe que secondairement, et constitue une véritable fièvre hectique.

L'hydrothorax symptomatique est beaucoup plus commun que l'idiopathique. S'il faut en croire Laënnec, ses signes ne commencent ordinairement à se développer que quelques jours et même quelques heures avant la mort. « On peut regarder l'hydrothorax symptomatique, dit-il, comme une affection qui n'a guère lieu que chez les agonisants. » Cette assertion nous paraît exagérée. Nous avons noté

plusieurs fois un épanchement séreux de la plèvre, subordonné à une lésion organique, persister plusieurs mois. Mais la distinction à faire ici, c'est que la collection séreuse ne se développe que consécutivement à l'existence d'une autre maladie qu'on a pu déjà observer.

Mais les épanchements des plèvres peuvent être de diverse nature quant au liquide épanché. Est-il toujours possible de pouvoir les reconnaître et les distinguer entre eux?

1° Dans le cours d'une phlegmasie, il s'opère, dans des cas rares, fort heureusement, une exhalation sanguine qui devenant considérable, peut déterminer une véritable pleurorrhagie ou hématothorax. S'il n'y a qu'une légère quantité de sang exhalé, l'accident peut passer inaperçu, et ce ne sera que dans le cas de mort qu'on trouvera le liquide coloré en rouge. Si le liquide nutritif sort en assez grande abondance, il peut se joindre aux symptômes locaux d'une hydropisie de poitrine, les signes généraux d'une hémorrhagie. Ces derniers caractères, survenant d'ailleurs à l'occasion d'une pleurésie, feront prévoir, sans doute, la nature de l'épanchement, surtout si le mal s'aggrave brusquement, jusqu'au point de déterminer une mort rapide. Le diagnostic deviendra, au contraire, plus épineux, incertain, lorsque l'épanchement sanguin s'opérera spontanément. On a dit qu'alors, à part les symptômes d'une hémorrhagie interne, il se manifestait une ecchymose à la base de la poitrine du côté malade; qu'en outre, par suite de la viscosité et de la coagulation facile du sang, le déplacement de ce liquide était moins prompt que celui de la sérosité.

2° L'amas de pus dans la cavité des plèvres, pyothorax, est toujours un effet secondaire, se rattache à une maladie antérieure, soit de la plèvre, soit des viscères voisins. L'empyème est assez fréquent à la suite de la pleurésie; on doit alors en supposer l'existence lorsque l'inflammation pleurale a été intense, sa marche rapide; que, vers le sixième jour de la maladie, il y a des frissons; qu'enfin, il est resté une véritable fièvre lente. De pareils symptômes, une telle succession dans les actes morbides, ne s'observent pas dans l'hydrothorax, soit idiopathique, soit symptomatique. On a dit, en outre, que la lenteur

et la difficulté du déplacement pouvaient faire soupçonner que le fluide contenu dans la plèvre est de nature purulente.

3° Le dégagement de gaz dans la séreuse de la poitrine donne lieu au pneumothorax; il y a alors des caractères tels, que le diagnostic s'acquiert assez vite. C'est ainsi que, avec l'absence de la respiration du côté malade, il y a sonoréité tympanique extrême, et élasticité du thorax par la percussion : en même temps la dyspnée est excessive.

4° Enfin, dans l'hydro-pneumothorax se présentent combinés les signes des épanchements de liquide et ceux de la présence de gaz. Ici, le déplacement est très-manifeste, la ligne de niveau très-évidente; dans quelques cas, l'auscultation fait entendre le son métallique ou le bruit d'une goutte d'eau qui tombe sur la surface du liquide. La succussion fait entendre aisément le bruit de flot.

L'observation attentive, la connaissance de ces divers symptômes, soit locaux, soit généraux, nous permettent ainsi de préciser, dans certains cas, de soupçonner, dans d'autres, l'espèce d'épanchement qui s'est opéré. Il ne faut pas oublier, en outre, que, toutes les fois qu'un épanchement empêche les fonctions d'un poumon, la respiration devient exagérée, puérile dans l'autre.

MARCHE, DURÉE.

Comme nous l'avons déjà fait pressentir, la marche de l'hydrothorax varie principalement suivant la cause de l'épanchement. C'est ainsi que quelques heures, quelques jours suffisent à la formation d'un hydrothorax, résultat de la suppression brusque d'une rougeole, d'une scarlatine, de dartres, etc.; tandis que la collection séreuse se forme lentement, lorsqu'elle est liée à une maladie du cœur ou à toute autre lésion organique.

Quant à la durée de la maladie, elle varie selon que l'épanchement est double ou simple, selon la quantité du liquide épanché, selon les forces du sujet, et enfin l'état des parties malades. La mort peut arriver promptement quand un double épanchement devient abondant en peu de temps. D'un autre côté, il est rare qu'une terminaison

heureuse s'opère promptement; il faut presque toujours un temps assez long, plusieurs mois même, pour la résorption complète du liquide épanché.

En tout cela, du reste, nous faisons abstraction de toute complication primitive ou consécutive qui peut accompagner l'hydrothorax.

TERMINAISON, PRONOSTIC.

L'hydrothorax constitue, dans tous les cas, une maladie grave et qui trop souvent entraîne la mort : cependant les efforts de la nature et ceux de l'art parviennent parfois à ramener la santé, ou du moins à prolonger les jours.

C'est surtout lorsqu'il s'agit d'un hydrothorax idiopathique qu'il est permis de s'attendre à une solution heureuse. C'est ainsi que l'hydropisie de poitrine, qui sera active, liée à un état d'hypérémie générale, disparaîtra parfois assez vite lorsqu'une saignée, aidée d'autres moyens, aura facilité l'équilibre de l'exhalation et de l'absorption. D'autres fois, au contraire, le même résultat sera atteint dès le moment qu'on aura fait cesser la faiblesse générale, l'atonie des parties, et que les fonctions pourront ainsi se rétablir.

Dans certains cas de suppression d'un flux, d'un exanthème, il pourra se faire que la réapparition de ces maladies, des dartres, du rhumatisme articulaire, soit l'indice d'une diminution d'abord, et bientôt d'une cessation de l'épanchement de poitrine.

Plus souvent encore l'économie se débarrasse de ce mal à l'aide d'un mouvement critique qui s'établit, soit du côté de la peau (sueurs), soit du côté de l'appareil urinaire, soit enfin du côté des voies digestives. Cependant il faut observer que ces flux divers ne sont pas toujours utiles dans ces circonstances : en effet, ils sont eux-mêmes alors purement symptomatiques, et ne font qu'augmenter la faiblesse générale. Enfin, dans quelques cas excessivement rares, le liquide s'est ouvert une voie à travers les parois thoraciques, et ne s'est plus reproduit.

Dans quelques circonstances, la résorption du liquide s'opère graduellement et sans donner lieu à des phénomènes critiques appré-

ciables. En parlant des crises, nous devons mentionner encore, sur la foi d'auteurs recommandables, une exhalation bronchique abondante.

Quant à l'évacuation spontanée, observée par bon nombre de médecins, elle n'a pas toujours lieu directement à travers les parois thoraciques; on a vu aussi le liquide épanché dans la plèvre pénétrer, dans le poumon, et être évacué par les bronches. Dans quelques cas même, l'évacuation s'est faite en même temps par les bronches et par une ouverture spontanée des parois thoraciques. Le professeur Sédillot pense que la terminaison la plus heureuse est celle qui s'opère au moyen d'une fistule bronchique.

L'hydrothorax symptomatique ne guérit d'habitude qu'autant que la maladie première dont il dépend finit par disparaître. Il ne faut pas pourtant considérer ce principe comme une règle absolue, car tous les praticiens savent qu'une hydropisie, même considérable, peut cesser, bien que la lésion organique à laquelle elle se rattache ne puisse être détruite. Seulement il est bon de constater qu'elle ne tarde pas à se reproduire, et que, plus elle se répète, et moins il y a de chances pour la voir disparaître. Il arrive enfin une dernière fois que, quoi qu'on fasse, elle persiste.

Le pronostic de l'hydrothorax est donc variable tout en offrant toujours de la gravité. Celui qui est primitif ne peut être considéré comme essentiellement mortel, puisque la nature et l'art possèdent encore de grandes ressources propres à triompher du mal. L'hydrothorax symptomatique est assez généralement considéré comme incurable. Toutefois on conçoit que si la cause première était susceptible de céder à un traitement rationnel, on pourrait espérer une terminaison heureuse.

Double dit que la difficulté de respirer, qui survient dans le cours de l'hydropisie, est d'un fâcheux pronostic, soit que la lésion de la respiration tienne seulement à une infiltration extrême de l'abdomen, soit qu'elle provienne d'un commencement d'épanchement dans la cavité abdominale (1).

---

(1) Séméiotique, t. II, p. 26.

Du reste, alors même qu'on est parvenu à guérir complètement le sujet, il est bon de se méfier des suites, car les récidives ne sont pas rares, comme d'ailleurs pour toute espèce d'hydropisies.

Enfin, quelque grave que soit le pronostic que le médecin aura porté, il doit se rappeler qu'au milieu des symptômes les plus alarmants, on voit quelquefois arriver un bien-être qui semble annoncer la guérison, et qu'au contraire, au milieu des jours les plus sereins, les sujets meurent dans un état de calme parfait.

A l'autopsie, on trouve, dans la cavité des plèvres, une plus ou moins grande quantité de liquide. Laënnec dit avoir vu un cas dans lequel la plèvre droite contenait 12 livres de sérosité incolore et limpide. La couleur n'est également pas toujours la même; l'épanchement séreux est ordinairement limpide, inodore, incolore ou de couleur citrine; dans quelques cas, il est teint en rouge par la matière colorante du sang, ce qu'on peut observer surtout lorsque l'hydrothorax est lié à un état d'hypersthénie. Si, par hasard, le liquide est lactescent, avec de fausses membranes, on peut affirmer qu'il y a eu d'abord phlegmasie de la séreuse.

Quant à sa composition chimique, on a reconnu qu'il se rapproche, à des degrés divers, du sérum du sang; la matière animale prédominante est l'albumine, qui y est contenue dans des proportions très-différentes. La plupart des chimistes en présentent à peu près la même composition; leur analyse ne diffère que sur la quantité des divers éléments qui le constituent. C'est ainsi qu'on y trouve l'eau, du mucus avec albumine, la soude, l'hydrochlorate de soude, l'hydrochlorate et le sulfate de potasse, le phosphate de chaux, de magnésie et de fer.

La plèvre, qui est le siége de la collection séreuse, devient plus blanche et ressemble aux tissus qui ont macéré un certain temps dans l'eau. Lorsque l'hydrothorax est symptomatique, on rencontre des désordres organiques plus ou moins profonds et variables : il suffit, je pense, de les mentionner.

TRAITEMENT.

L'hydropisie en général est une maladie malheureusement trop commune et ordinairement trop funeste, pour qu'on n'ait pas cherché de bonne heure les moyens les plus efficaces pour la prévenir ou la combattre.

1° Il faut chercher à prévenir la formation de l'hydrothorax : pour arriver à ce but, il est bon de savoir faire une application convenable de tous les moyens que l'hygiène met à notre usage. Voilà pourquoi tout individu, surtout celui qui paraît disposé aux maladies de poitrine, soit par une faiblesse, soit par une force relative de l'appareil respiratoire, devra éviter les variations brusques de température, ne pas ingérer de l'eau froide, couvert de sueur; ne pas coucher dans un lieu humide : c'est ainsi que nos militaires en campagne, dans le bivouac, useront avec avantage d'une bonne couverture de laine qui puisse les préserver du froid et de l'humidité. C'est surtout dans ces circonstances qu'il convient d'user d'un bon régime, et de fuir les excès, principalement de boissons spiritueuses, afin que l'économie puisse réagir d'une manière heureuse contre les agents modificateurs qui tendent à provoquer un dérangement profond des fonctions.

Il est inutile d'ajouter qu'il est urgent de soigner et guérir les diverses maladies, flux, exanthèmes et autres, dont la suppression a pu être suivie de l'apparition de l'hydrothorax. On ne saurait trop recommander aux malades de se méfier de tous ces moyens exploités par les charlatans, acceptés par la crédulité du peuple, qui sont trop souvent causes de la disparition brusque de maladies cutanées, et en même temps de métastases fâcheuses.

2° Dans la cure de l'hydrothorax, les moyens à employer devront varier avec la cause connue ou présumée du mal, avec l'état d'hypersthénie ou d'asthénie, avec les complications qui pourront surgir; en d'autres termes, contre l'épanchement de poitrine primitif, on utilisera les préceptes thérapeutiques qui conviennent à l'hydropisie en général.

Lorsque l'hydrothorax se développe avec un ensemble de symptômes

sthéniques, et chez des sujets d'un tempérament sanguin et d'une bonne constitution, la première indication à remplir, c'est de désemplir le système sanguin. L'ouverture de la veine doit être pratiquée alors dans le double but de désemplir les vaisseaux, et de déplacer le mouvement fluxionnaire. Nous devons recommander pourtant d'être très-réservé dans l'emploi des émissions sanguines, et de ne jamais perdre de vue que, trop souvent répétées, elles pourraient déterminer une faiblesse telle que la maladie, prenant un caractère opposé, deviendrait beaucoup plus difficile à guérir. En même temps, on utilisera les boissons émollientes et diaphorétiques, la diète, etc. Une fois la surexcitation générale diminuée par ces moyens, ainsi que par l'application de ventouses scarifiées et sèches sur le thorax, on fera bien de placer un large vésicatoire sur le côté malade.

Du reste, tout en agissant comme je viens de l'indiquer, il faudra recourir aux moyens propres à rappeler, au lieu qu'il occupait, le flux, l'exanthème qui a pu être supprimé et répercuté.

Si l'hydrothorax se lie à un état d'asthénie, il sera urgent de soustraire le malade aux causes occasionnelles de la maladie, en même temps qu'on s'occupera à refaire ses forces. Le sujet usera alors d'aliments de facile digestion, et qui, sous un petit volume, soient abondants en matières nutritives; d'eau vineuse ou d'une eau légèrement ferrugineuse, de frictions faites avec la flanelle imprégnée de vapeurs aromatiques, de l'exercice actif ou passif. En même temps on prescrira le quinquina, le fer et leurs préparations, la gentiane, etc., en un mot, toutes les substances qui, par leurs propriétés stimulantes, astringentes et toniques, peuvent réveiller le ton des parties, et, par suite, l'absorption. Inutile d'ajouter que si des urines plus abondantes, un flux diarrhéique, paraissent soulager le malade, il sera nécessaire de les seconder, et surtout indispensable de ne pas les supprimer.

Trop souvent, malgré le meilleur mode de traitement, malgré l'activité des agents thérapeutiques, l'épanchement persiste après la disparition de la cause qui l'avait occasionné : il s'agit alors, à l'aide des moyens dont l'expérience a consacré la puissance, d'obtenir la

résorption du liquide épanché, en même temps qu'on tâche de maintenir ou de relever les forces.

Les émétiques ont été conseillés et ont réussi dans quelques cas. C'est ainsi que Duverney (1), Pinot (2) et Méhée de la Touche (3), ont guéri des hydrothorax par le vomissement. Leur action réveille puissamment l'activité de la peau; mais si on veut les prescrire, on doit s'assurer que le malade a assez de force pour supporter les secousses et les évacuations qu'ils peuvent produire.

On a même proposé le tartre stibié à haute dose; nous craindrions qu'ainsi employé, ce remède ne provoquât une irritation de la muqueuse abdominale, dont l'intégrité importe tant au maintien de la vie.

Si l'on pense que les purgatifs conviennent, il sera bon de rejeter ceux qui sont trop énergiques, prêt à les suspendre s'ils provoquent de l'inflammation, ou s'ils tendent à augmenter la faiblesse du malade. On pourra facilement apprécier leur mauvais effet : 1° quand, après leur usage, les forces du malade tombent; 2° quand la cavité pectorale se remplit bientôt après avoir été dégagée. Nous rejetterons toujours l'emploi des purgatifs violents, qui peuvent si facilement déterminer un dérangement très-grand des voies digestives.

C'est souvent par les urines que l'économie tend à se débarrasser d'une hydropisie quelconque; le médecin doit donc solliciter, provoquer cette tendance heureuse. Les principaux diurétiques dont on a fait usage dans l'hydropisie de poitrine, sont : les cloportes, qu'il faut, dit-on, donner à haute dose; les décoctions et les préparations de genièvre; le sel de nitre; les tisanes faites avec les racines apéritives, la terre foliée de tartre; enfin, la scille et la digitale. Avant d'utiliser ces diverses substances, il faut s'assurer que l'appareil urinaire est en bon état; car, s'il existe, de ce côté, des symptômes

---

(1) Mém. de l'Acad. des scienc.; 1703.
(2) Journ. de méd., t. VIII, p. 318.
(3) *Id.*, liv. XII, p. 524.

d'irritation, ces remèdes deviendraient nuisibles; en déterminant des inflammations des reins ou de la vessie.

Parfois on a eu à se louer des expectorants, tels que le polygala de Virginie, l'oxymel scillitique, le kermès minéral et autres préparations d'antimoine. Nous ne craindrions pas d'y avoir recours lorsqu'une expectoration abondante paraît soulager le sujet.

Tou en employant, suivant les circonstances, ces divers moyens, il est essentiel d'utiliser certains moyens locaux plus ou moins énergiques. Nous avons déjà parlé des ventouses sèches et scarifiées, des vésicatoires; nous devons encore mentionner les moxas, les sétons, qui peuvent produire une dérivation salutaire. « On a vu quelquefois, dit le professeur Chomel, l'application d'un ou de plusieurs cautères ou moxas, et surtout l'établissement d'un séton sur la poitrine, produire un changement qu'on avait en vain espéré d'un vésicatoire long-temps entretenu ou souvent renouvelé. Dans quelques cas, on a combiné avec avantage ces moyens de dérivation; on a appliqué, à 2 ou 3 pouces de distance, deux cautères ou deux moxas, et l'on a établi un séton en traversant les deux escarres. »

Tout en attaquant ainsi le mal, il faut prendre garde de condamner le malade à une diète drop sévère, car la débilité qui s'ensuivrait ne serait qu'un obstacle de plus à la faculté absorbante. Voilà pourquoi, si les voies digestives sont en bon état, qu'elles puissent supporter les toniques, on devra accorder au malade un peu de vin, de bons bouillons, une infusion, une décoction de quinquina jaune seule ou coupée avec le lait; une tisane avec la petite centaurée, l'absinthe, la racine de gentiane.

Enfin, la plupart des agents thérapeutiques que nous avons mentionnés pourront encore être indiqués, suivant les circonstances, alors même que l'hydrothorax est symptomatique, et qu'il existe une lésion organique antérieure. Personne n'ignore, en effet, que cet épanchement, comme toute autre hydropisie, peut disparaître plus ou moins vite, bien que la maladie première qui l'a occasionné persiste et soit rangée au nombre des affections incurables.

Lorsque toute médicamentation a échoué, que l'épanchement menace

en même temps de suffoquer le malade, il faut s'occuper d'évacuer le liquide épanché. La thoracentèse, opération de l'empyème, ne doit pas être regardée comme un remède simplement palliatif : elle a été réellement curatrice en bon nombre de cas, comme l'ont observé des auteurs recommandables; il est donc étonnant que cette médication ne soit pas généralement adoptée. « L'opération de l'empyème, dit M. Sédillot, nous paraît généralement mal connue, mal faite, mal appréciée : à peine si, de loin en loin, on peut en observer quelques exemples dans les hôpitaux, où tant de malades succombent à des épanchements pleurétiques. Nous croyons cependant que, mieux comprise et mieux appliquée, elle offrirait à l'art les plus heureuses ressources, et déterminerait toujours du soulagement, et souvent des guérisons inespérées (1). »

Les auteurs du *Compendium* de médecine ont analysé avec soin tous les faits, toutes les discussions qui se rapportent à l'opération de l'empyème (2); ils montrent, dans un historique rapide, que cette opération remonte aux travaux hippocratiques; qu'elle tombe, de temps à autre, en discrédit, mais pour se relever encore ; qu'enfin, en 1836, elle devient le sujet de vives discussions dans le sein de l'Académie de médecine. Cette Société savante laisse la science dans le même état d'incertitude ; aussi M. Sédillot a-t-il pu dire : « nulle question n'est encore plus controversée que celle de l'empyème. » Cependant, en essayant d'apprécier cette opération par les faits, MM. Monneret et Fleury sont arrivés au résultat suivant : sur 66 opérations de thoracentèse, 56 épanchements, étendus à l'inflammation des plèvres, et séro-purulents ou purulents, 8 épanchements séreux consécutifs à la brusque disparition d'un exanthème, 2 épanchements liés à une affection du cœur, 49 opérés ont guéri, 17 ont succombé. Nous ferons observer que, des 8 malades affectés d'hydrothorax essentiel, 7 ont guéri, un est mort. Sans doute il y a des insuccès ;

---

(1) Thèse de concours, p. 7.

(2) *Compendium* de méd. prat., t. V, p. 26 et suiv.

mais, pratiquée dans les cas où l'indication paraît formelle, la thoracentèse, loin d'être dangereuse, devient parfois éminemment utile en sauvant la vie à un malade qui paraissait voué à une mort certaine.

Mais il est indispensable de préciser dans quel cas et à quel moment il est permis, indiqué même, de recourir à la thoracentèse. « Avant de se demander, dit le docteur Valleix, si, dans les cas où l'opération de l'empyème est indiquée, on doit vider la poitrine peu à peu ou d'un seul coup, demandons-nous dans quels cas l'opération est indiquée. La solution de la question, ainsi posée, présente de très-grandes difficultés en raison du peu de soin qu'on met généralement à recueillir les observations. Il ne s'agit pas seulement, dans des cas semblables, de bien constater les signes de la maladie principale : il faut, par un interrogatoire très-attentif, s'assurer si, à l'époque de son début, il n'existait pas une autre affection, fût-elle en apparence légère ; il faut encore, par un examen détaillé de tous les organes et de toutes les fonctions, constater rigoureusement leur état ; il faut, en un mot, faire une histoire générale et complète du malade (1). » Il est indispensable, sans doute, de posséder tous les éléments constitutifs du fait morbide que l'on observe ; mais cette observation attentive ne conduit pas à la conclusion rigoureuse de cet auteur, qui prétend que, lorsque l'opération a réussi, il ne s'agissait que d'une pleurésie simple qui aurait guéri par d'autres moyens ; et, par contre, que la terminaison fâcheuse peut être rejetée sur la complication.

Sans doute si de fausses membranes ont eu le temps de s'organiser, denses, résistantes, qui tiennent le poumon fortement refoulé contre la colonne dorsale, il est à craindre que celui-ci ne puisse reprendre son élasticité et sa force expansive. C'est ce qu'avait très-bien vu Laënnec, qui a écrit : « La cause, à mon avis, qui s'oppose le plus aux succès de l'opération de l'empyème, est l'aplatissement du poumon contre la colonne vertébrale, et la nature de la fausse membrane qui tapisse sa surface. Le poumon, refoulé depuis long-temps, a

---

(1) Arch. gén. de méd., 3e série, t. V, p. 76, 77.

perdu son élasticité et sa force expansive ; il se laisse difficilement pénétrer par l'air qui entre dans la trachée, et ne reprend que très-lentement une ampleur suffisante pour remplir à peu près le même espace qu'avant la maladie. Si la fausse membrane qui le revêt est de nature couenneuse, c'est-à-dire avec tendance à se transformer en tissu fibreux, la dilatation du poumon devient plus difficile encore. »

Nous croyons, en effet, que, contre des cas de cette espèce, la thoracentèse viendra échouer. Mais la pleurésie présente plusieurs degrés d'intensité, et, par suite, elle peut ne donner lieu qu'à un épanchement presque séreux ou séro-purulent, sans fausses membranes si parfaitement organisées. Or, toutes les fois que celles-ci n'existeront pas, la guérison sera possible. On pourra me répondre que nous ne possédons aucun moyen propre à reconnaître l'état des parties. Cela est vrai ; mais ici, dans le cas de doute, il faut encore opérer lorsque l'opération est la seule ressource extrême que nous possédons.

D'ailleurs, ces objections n'existent plus dès le moment qu'il s'agit d'un hydrothorax, soit idiopathique, soit symptomatique, puisque alors la séreuse n'est pas altérée comme à la suite de l'inflammation.

Mais pour obtenir de cette opération les résultats qu'elle est susceptible de produire, il faut : 1° qu'elle ne soit pas pratiquée trop tard, car les sujets peuvent périr pour n'avoir pas été opérés dans un temps opportun ; 2° que le malade soit jeune, qu'il ait conservé assez de forces, et qu'il n'existe pas une altération profonde et ancienne, soit de la plèvre, soit du poumon ; 3° enfin, l'opération offrira beaucoup plus de chances de succès lorsque l'hydropisie sera essentielle, qu'elle aura succédé à une fièvre éruptive trop promptement terminée ou brusquement supprimée.

La thoracentèse, dans l'hydrothorax symptomatique, ne peut être que palliative. C'est contre les lésions organiques que le médecin doit alors diriger ses moyens, si toutefois ils sont susceptibles de céder à leur emploi ; il ne donnera issue au liquide épanché que lorsque la gravité du symptôme sera telle que la vie du sujet pourrait être menacée.

Lorsque l'épanchement a déterminé une saillie, une tumeur fluctuante sur un des points des parois thoraciques, c'est là qu'il faut

pratiquer l'ouverture, qui est faite alors au lieu de nécessité. Dans le cas contraire, nous pensons, avec le professeur Sédillot, qu'il faut ouvrir la poitrine entre les troisième et quatrième fausses côtes à droite, et un espace intercostal plus bas à gauche, vers le point de réunion des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur de la demi-circonférence de la poitrine. Le précepte d'ouvrir la poitrine plus haut à droite qu'à gauche est très-important, non pas tant pour le moment de l'opération, puisqu'alors le diaphragme et le foie sont refoulés par le liquide; mais après l'ouverture de la poitrine et l'issue du liquide, ces organes remontent, et alors cette ouverture pourrait cesser de correspondre à la cavité thoracique.

Tout le monde médical connaît les divers procédés opératoires qui ont été prônés par les auteurs, soit l'incision ou la ponction, soit la térébration costale réhabilitée par le docteur Reybard. Pour notre compte, nous préférerions, à l'exemple du professeur Sédillot, procéder par incision, les téguments divisés dans l'étendue de 2 à 3 pouces, la plèvre de 6 lignes. En incisant les parties molles, au lieu d'enfoncer brusquement l'instrument dans la poitrine, on évitera les adhérences et la lésion de tout viscère.

Redoutant l'introduction de l'air, mais désirant laisser une issue permanente au pus, le docteur Reybard a proposé une canule à soupape qui permet la sortie du liquide, tout en s'opposant à l'entrée de l'air. Celui-ci est sans doute très-nuisible lorsqu'il s'agit d'un épanchement purulent, car alors le pus s'altère; mais en est-il de même dans le cas de collection séreuse simple sans lésion anatomique des plèvres? Nous ne le pensons pas.

D'ailleurs, à l'opinion de MM. Roux, Amussat, Piorry, Bégin et autres, qui veulent que l'action de l'air soit la cause première et manifeste de tous les accidents et de tous les dangers qui résultent de l'ouverture permanente de la poitrine dans le cas d'empyème, nous pouvons opposer les observations de Heyfelder, du professeur Cruveilhier et autres médecins; elles démontrent que la présence de l'air n'est point aussi fâcheuse qu'on l'a dit.

On a été plus loin, en conseillant des injections, soit évacuatives,

soit modificatrices : les premières ne pourraient convenir que tout autant qu'il s'agirait d'un véritable pyothorax, et qu'on voudrait éviter la stagnation du pus et son altération ; nous n'en voyons pas l'utilité dans les collections séreuses. Quant aux secondes, on en a proposé de résolutives, d'excitantes, de caustiques même.

Dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine, intitulé : *Recherches sur le traitement des épanchements pleurétiques chroniques, au moyen de l'opération de l'empyème*, et dont il est fait mention dans la séance du 27 Décembre 1849, M. Boudant cherche à démontrer l'efficacité des injections faites dans la cavité de la plèvre après la ponction du thorax. Les injections toniques et excitantes n'ont pas, selon l'auteur, le danger qu'on leur reproche : elles sont, en certains cas, très-efficaces dans les empyèmes chroniques, soit pour modifier la nature des liquides épanchés, soit pour déterminer l'oblitération de la cavité pleurale, par une sorte d'inflammation adhésive. L'air peut, d'ailleurs, impunément pénétrer dans le foyer de la collection purulente, lorsque celle-ci est déjà ancienne, ainsi que les lésions organiques qui l'accompagnent. Suivant toutes probabilités, le poumon n'étant point dilatable, cet air, comme l'avait avancé Sanson dans la discussion de 1836, peut concourir à l'évacuation du liquide par l'action compressive de la pesanteur : on peut alors, jusqu'à un certain point, comparer la poitrine à un tonneau plein de liquide dont on détermine le jet par une ouverture supérieure donnant accès à une colonne d'air atmosphérique.

La question des injections dans les grandes cavités séreuses est donc toujours à l'ordre du jour, en même temps que le sujet de discussions qui ne sont pas près de cesser. On comprend, en effet, que les praticiens prudents hésitent de suivre ces expérimentateurs hardis qui ont tenté, par ce moyen, des guérisons inespérées. Aussi nous garderons-nous de nous prononcer sur leur valeur ; nous dirons pourtant que nous ne serions pas éloigné de les utiliser dans les cas d'hydrothorax idiopathique avec atonie des tissus et faiblesse générale. Ces injections iodées, par exemple, pourraient ramener la tonicité de la séreuse, raviver les facultés absorbantes et exhalantes, jusqu'à leur équilibre,

ou du moins provoquer une inflammation adhésive qui, en oblitérant la cavité de la plèvre, empêcherait le retour de la collection séreuse.

Seulement, avant d'y recourir, il serait bon d'avoir épuisé toutes les ressources qu'une thérapeutique rationnelle met en notre pouvoir, surtout d'être certain que la cause du mal a cessé, qu'il n'y a plus qu'à s'occuper de ses effets. Ce précepte nous paraît de la plus haute importance ; car, sans cela, l'hydropisie, ne pouvant plus se reproduire sur le même point, ne tarderait pas à se manifester ailleurs.

FIN.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT,

AUXQUELLES LE CANDIDAT DOIT RÉPONDRE VERBALEMENT,

D'après l'arrêté du 22 Mars 1842.

CHIMIE MÉDICALE ET PHARMACIE.

Indiquer la constitution chimique du cyanogène et sa préparation.

CHIMIE GÉNÉRALE ET TOXICOLOGIE.

De l'action de l'acide de carbone sur l'économie animale. Donner les procédés pour reconnaître la présence de l'oxide de carbone dans un mélange quelconque.

BOTANIQUE.

Du rôle physiologique du tissu cellulaire végétal.

ANATOMIE.

La vésicule érythroïde décrite par Pokels existe-t-elle dans l'espèce humaine?

PHYSIOLOGIE.

Qu'est-ce que l'instinct chez l'homme ?

E

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES.

Influence de la force vitale sur la force morale dans la production des maladies.

PATHOLOGIE MÉDICALE OU INTERNE.

De la syncope comme symptôme des maladies et comme cause de mort.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE OU EXTERNE.

Des calculs rénaux.

THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MEDICALE.

Les médicaments ingérés dans l'estomac passent-ils en général dans le système circulatoire, tels qu'ils ont été administrés ; ou, s'ils subissent dans cet organe des modifications, quelles sont ces modifications, et quelles sont les causes qui les produisent ?

OPÉRATIONS ET APPAREILS.

Des accidents nerveux à la suite des opérations chirurgicales.

MÉDECINE LÉGALE.

Des actes authentiques médico-légaux.

HYGIÈNE.

Quel conseil faut-il donner aux personnes qui sont obligées de travailler sous l'action d'une chaleur et d'une lumière artificielle trop vives ?

ACCOUCHEMENTS.

Du chatonnement du placenta.

CLINIQUE INTERNE.

De la coction ; ses caractères.

CLINIQUE EXTERNE.

Du diagnostic général des fractures.

TITRE DE LA THÈSE A SOUTENIR.

De l'hydrothorax.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM.	
BÉRARD ✻, Doyen.	*Chimie générale et Toxicologie.*
LORDAT O. ✻.	*Physiologie.*
DELILE ✻.	*Botanique.*
CAIZERGUES O. ✻.	*Clinique médicale.*
DUPORTAL ✻.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL O. ✻, Président.	*Anatomie.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RECH ✻.	*Pathologie médicale.*
RIBES ✻.	*Hygiène.*
RENÉ ✻.	*Medecine légale.*
ESTOR.	*Opérations et Appareils.*
BOUISSON ✻.	*Clinique chirurgicale.*
BOYER.	*Pathologie externe.*
I. DUMAS.	*Accouchements.*
FUSTER, Examinateur.	*Clinique médicale.*
N....	*Clinique chirurgicale.*
N....	*Pathologie et Thérapeutique générales.*

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. LALLEMAND. O. ✻, *Membre de l'Institut.*

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. CHRESTIEN.
BROUSSE.
PARLIER ✻.
BARRE.
BOURELY.
BENOIT.
QUISSAC.
VERGEZ.
LOMBARD.
ANGLADA.
LASSALVY, Examinateur.
COMBAL.
COURTY, Examinateur.
BOURDEL.